

ЗАГЛАВНАЯ СТРАНИЦА К ЗАЯВЛЕНИЮ НА ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ, ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ И/ИЛИ MEDI-CAL*/34 ОКРУГА CMSP**

ЧТОБЫ ЗАПРОСИТЬ ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ, ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ И/ИЛИ MEDI-CAL/34-ОКРУГА CMSP, заполните пункты 1 - 13 в приложенной анкете и подпишите раздел подтверждение (пункт 19). Сдайте анкету в отдел социального обеспечения. Если вы нетрудоспособны, и вам нужна помощь при подаче заявления или для продолжения получения денежной помощи, льготы и услуг, сообщите об этом округу.

ДО ТОГО, КАК ВЫ СМОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ, ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ, MEDI-CAL/34-ОКРУГА CMSP, ВКЛЮЧАЯ НЕМЕДЛЕННУЮ ПОМОЩЬ, ПОМОЩЬ БЕЗДОМНЫМ, СРОЧНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ПО ПРОГРАММЕ ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ, вы должны предоставить нам все факты, которые мы требуем в заполненной вами ДЕКЛАРАЦИИ фактов и/или ответить на вопросы во время встречи по поводу определения вашего права на помощь. Мы используем эту информацию для определения права на помощь и льготы.

ДЛЯ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ И ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ, округ скажет вам, если и когда у вас должны снять электронное изображение отпечатков пальцев и фотографии для того, чтобы вы могли получить льготы.

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ НЕМЕДЛЕННОЙ ПОМОЩИ И/ИЛИ ПОМОЩИ БЕЗДОМНЫМ вы должны иметь право на денежную помощь. Заполните приложенную анкету и сообщите факты, которые мы запросили. Может, вы должны соответствовать некоторым правилам, как например: сообщить ваш(и)номер(а) социального страхования, постараться получить доход доступный вам и согласиться сотрудничать с районным агентством по поддержке детей в отношении алиментов на ребенка, супругу(а) и поддержки в оплате медицинских расходов.

ДЛЯ ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ анкета может быть заполнена и подписана, под ответственностью за дачу ложных показаний совершеннолетним членом семьи, или ее уполномоченным представителем. Если вы не совершеннолетний член семьи, у вас должно быть письменное разрешение, подписанное главой семьи или другим совершеннолетним членом семьи, в котором говорится, что вы имеете право представлять семью, получать их талоны на питание и/или пользоваться талонами на питание для покупки пищи для семьи.

ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ - Дата, с которой вы имеете право на льготы

Если вы имеете право на талоны на питание, мы рассчитаем ваши льготы со дня запроса. Вы можете запросить талоны на питание в день первого посещения офиса социальных услуг.

ОСТРАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ В ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ

Если у вас есть чрезвычайная потребность, вы можете получить до \$200, пока мы рассматриваем вашу анкету. Вам надо будет объяснить нам вашу чрезвычайную ситуацию и доказать нам, что у вас нет дохода или денег, чтобы оплатить следующие чрезвычайные потребности:

- Отсутствие жилья или еды
- Извещение о выселении
- Отсутствие коммунальных услуг или извещение об их отключении
- Отсутствие необходимой одежды
- Не удовлетворены необходимые потребности в транспорте
- Другие виды потребностей, необходимые для здоровья или безопасности.

Если вам отказано в запросе на чрезвычайные потребности, вы можете запросить еще раз, пока мы рассматриваем вашу анкету. Сообщите округу, если что-либо изменится.

ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ БЕЗДОМНЫМ

Если вы бездомный или вы получили извещение об оплате аренды или выселении (Pay Rent or Quit Notice) и хотите запросить помощь для бездомных, сообщите округу. Помощь бездомным доступна один раз в жизни, с исключениями.

УСЛУГИ ИЛИ СУММА ДЕНЕГ, ЗАМЕНЯЮЩИЕ СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ CALWORKS

Услуги или сумма денег, заменяющие социальное обеспечение, могут помочь лицам, нуждающимся в помощи, но не желающим или не имеющим необходимости получать социальное обеспечение. Программа позволяет вам выбрать единовременное пособие или услуги вместо того, чтобы получать социальное обеспечение. Вы можете выбрать услуги или сумму денег только, когда вы просите долговременную денежную помощь. Может, вы будете иметь право получать Medi-Cal, помощь по присмотру за детьми и талоны на питание, если вы получите услуги или единовременное пособие.

После рассмотрения фактов, округ сообщит вам имеете ли вы право получить услуги или сумму денег, заменяющие социальное обеспечение. Если вы имеете право, и вы решили получить услуги или единовременное пособие или услуги вместо долговременной денежной помощи:

- Вы получите извещение об отказе на денежную помощь.
- Денежная помощь может быть уменьшена или времена, которое Вы можете получать денежную помощь может быть сокращено, если вы позже начнете получать помощь.

ПРОСИТЕЛИ ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ: Все, что вам надо сделать в день подачи документов - это сообщить нам ваше имя и адрес, сказать нам, что вам нужны талоны на питание (пункт №8) и подписать анкету (пункт №19). До того, как мы сообщим вам, что вы имеете право на это, вы должны дать нам все факты, о которых мы спрашиваем в вашей декларации и/или ответить на вопросы во время вашей встречи насчет определения права на помощь. Вы должны получить ответ, имеете ли вы право на помощь, в течение 30 дней со времени подачи документов.

СРОЧНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ПРОГРАММЫ ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ

У вас может быть право получить талоны на питание в течение 3 дней. Ваша семья должна иметь право на льготы программы талонов на питание И ИМЕТЬ:

- Аренду или закладную и стоимость коммунальных услуг, превышающие ликвидные ресурсы и доход этого месяца до вычетов **(на оборотной стороне вы найдете объяснение слов доход и ликвидные ресурсы)**
- ИЛИ
- не больше, чем \$100 в ликвидных ресурсах и доход, не превышающий \$150 за месяц до вычетов
- ИЛИ
- Не более, чем \$100 в ликвидных ресурсах, и как минимум один член семьи является рабочим-переселенцем или сезонным работником сельского хозяйства.

До того, как вы сможете получить талоны на питание в течение трех дней, **заполните пункты с 1 - 17 в приложенной форме**; предоставьте нам все факты, о которых мы спрашивали во время встречи по поводу определения вашего права на льготы; и предоставьте нам удостоверение личности.

ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ ПРАВО (PE) НА ЛЬГОТЫ MEDI-CAL ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ

Если вы беременны, вы можете получить временные услуги Medi-Cal у определенных лиц/организаций предоставляющих их на многие предродовые услуги до того, как вы подадите документы на регулярный Medi-Cal. Спросите вашего доктора или в клинике, если они предоставляют услуги PE. Если вы запросили льготы CalWorks или Medi-Cal в конце месяца, после месяца, когда вы получили карточку PE, ваши временные льготы Medi-Cal продолжатся, пока помощь не будет одобрена или в ней будет отказано. Если вы получаете PE, сообщите округу и отметьте "ДА" в обоих частях пункта 12.

ЛЬГОТЫ ПРОГРАММ MEDI-CAL/STATE CMSP - В СЛУЧАЕ КРАЙНЕЙ НЕОБХОДИМОСТИ/БЕРЕМЕННОСТИ

Если вы крайне нуждаетесь в медицинской помощи или беременны, И хотите получить Medi-Cal/34-округа CMSP по возможности скорее, заполните пункты 1-13. Также вы должны предоставить все факты, которые мы запросили во время встречи по поводу определения вашего права на льготы и соответствовать всем требованиям для права на помощь.

* - ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ШТАТА КАЛИФОРНИЯ

** - КОНТРОЛИРУЕМАЯ ШТАТОМ ОКРУЖНАЯ ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ЧТО МЫ ПОДРАЗУМЕВАЕМ, КОГДА ГОВОРИМ:

- **CalWORKs:** Программа возможности трудоустройства и ответственности перед детьми в Калифорнии.
- **Cash Aid (Денежная помощь):** Помощь программ CalWORKs и/или Денежной Помощи Беженцам (RCA).
- **Diversion Services (Вид услуг замещающий общественную помощь):** Одноразовая выплата суммы наличных или неденежной помощи вместо долговременной денежной помощи.
- **Food Stamps (Талоны на питание):** Льготы для семей с низким доходом, для помощи в приобретении еды.
- **Food Stamp Expedited Service (Ускоренная выдача талонов на питание):** Получение талонов на питание в течение трех дней.
- **Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния):** Необходимые медицинские льготы для лиц, имеющих на это право.
- **Medi-Cal Presumptive Eligibility (Предполагаемое право на льготы Medi-Cal) (PE):** Временное предоставление многих предродовых льгот Medi-Cal определенными врачами или клиниками.
- **34-County CMSP (Контролируемая штатом программа медицинских услуг для 34 округов):** Необходимые медицинские льготы для совершеннолетних, имеющих на это право, не получающих льготы Medi-Cal и проживающих в отдаленных округах
- **Restricted Medi-Cal (Ограниченный Medi-Cal):** Медицинская помощь только в случаях чрезвычайной необходимости или беременности.
- **Restricted 34-County CMSP (Ограниченнная помощь в 34 округах)** Помощь только в случаях чрезвычайной необходимости.
- **Authorized Representative (Уполномоченный представитель):** Лицо, выбранное просителем или получателем льгот программ талонов на питание и/или Medi-Cal, который может решить некоторые их вопросы.
- **Head of Household (Глава семьи):** Ответственный представитель семейной группы, получающей талоны на питание.
- **Income (Доход):** Полученные или ожидаемые деньги; например:
 - заработок, социальная помощь, алименты, доход дополнительного страхования/ дополнительная программа штата (SSI/SSP), программа денежной помощи иммигрантам (CAPI);
 - страховое пособие по безработице (UIB), страхование от инвалидности администрацией штата (SDI), льготы ветеранов (VA), или другие платежи по нетрудоспособности;
 - забастовочные фонды; платежи от постоянных и пансионеров; школьные пособия и займы;
 - денежные подарки, денежные выигрыши, любые другие денежные платежи.
- **Liquid Resources (ликвидные средства):** другие наличные, например:
 - наличные на руках, непогашенные чеки, наличные на чековых, сберегательных счетах или сберегательные сертификаты;
 - доверенность на управление собственностью, векселя к получению, акции или облигации и т.п.
- **Utilities (Коммунальные услуги):** газ, электричество, топливо для обогрева, телефон (основной тариф), подключение услуг, уборка мусора, вода, канализация и т.п.
- **You, Anyone, Everyone (Вы, кто-либо, все):** любое лицо и все лица, проживающие в вашем доме.

ДРУГИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, КОТОРЫЕ ВАМ ЖЕЛАТЕЛЬНО ЗНАТЬ:

- Вы можете запросить денежную помощь, талоны на питание и Medi-Cal одновременно и встретиться с работником для обсуждения всех этих вопросов сразу.
- Вы имеете право сами заполнить эти формы или попросить кого-либо помочь вам.
- **ПЕРЕПЛАТА/ВЫДАЧА ИЗЛИШНЕГО:** означает, что вы получили больше денежной помощи или льгот, чем вам было положено. Вам придется вернуть эту сумму даже, если это произошло по ошибке округа. Сумма, получаемой вами денежной помощи или талонов на питание будет уменьшена или остановлена. Может быть изменена оплачиваемая вами часть льгот Medi-Cal/CMSP.

• **ОБМАН И ЛЖЕСВИДЕТЕЛЬСТВО:** Обман и лжесвидетельство являются преступлением. Закон гласит: вы должны, на большинстве форм, подписать заявление об ответственности за дачу ложных показаний для получения и продолжения получения денежной помощи, талонов на питание и Medi-Cal/34-округа CMSP. Лжесвидетельство - это обман после того, как вы поклялись предоставить полностью правдивые и правильные факты. Если вы **сознательно** обманули или не предоставили нам все факты или ситуации, которые влияют на ваше право получения льгот и уровень платежей, вас могут обвинить в лжесвидетельстве.

- Если вы будете признаны виновным в лжесвидетельстве, вы можете быть оштрафованы на сумму до \$10000 в отношении денежной помощи и \$250000 в отношении талонов на питание и/или приговорены к тюремному заключению на 3 года в отношении денежной помощи и 20 лет в отношении талонов на питание. Денежная помощь и/или талоны на питание могут быть остановлены на 6 месяцев, 12 месяцев, 2, 4 года, 5, 10, 20 лет или навсегда; в отношении программы денежной помощи беженцам - 3 и 6 месяцев.

• **ПРАВИЛА НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (SSN) -** Мы проводим компьютерное сравнение SSN с информацией из налогового управления, агентств социального обеспечения, трудовых агентств, Администрации Социального Страхования и других, чтобы удостовериться, что вы указываете весь свой доход и ресурсы. Мы можем проверять расхождения с работодателями, банками, и/или другими. Мы также сверяем SSN, чтобы удостовериться, что вы не получаете помощь по более, чем одному делу или в другом округе или штате. В отношении денежной помощи и талонов на питание проводится проверка с правоохранительными организациями на проверку наличия ордеров на арест.

Денежная помощь и талоны на питание: Вы должны предоставить SSN на каждого просящего/получающего денежную помощь и/или талоны на питание. Если вы откажетесь предоставить SSN или подтверждение, что вы подали документы на получение его, вы не сможете получить денежную помощь или талоны на питание. Для денежной помощи вы должны предоставить ваш SSN(s) или подтверждение того, что вы подали документы на получение его, в течение 30 дней со дня подачи анкеты и предоставить округу SSN, когда вы его получите.

Medi-Cal/34-округа CMSP: Каждого, просящего Medi-Cal/34-округа CMSP, имеющего SSN просят предоставить его округу. Любой гражданин США, житель территории США, иностранец имеющий узаконенный статус амнистии с законной и действующей визой I-688, иностранец, имеющий законное право на постоянное проживание в США (LPR) или иммигрант, постоянно проживающий в США по усмотрению правительства (PRUCOL), отказывающийся предоставить SSN или подтверждение, что поданы документы на получение его, не сможет получить Medi-Cal/State CMSP. Любой иностранец, не имеющий SSN и не являющийся иностранцем, имеющим узаконенный статус амнистии с законной и действующей визой I-688, LPR или PRUCOL, все равно может получить restricted Medi-Cal/State CMSP, если он(а) будет соответствовать всем требованиям на право получения льгот, включая постоянное проживание в Калифорнии.

ЖАЛОБЫ

Если вы считаете, что вас дискриминировали, обратитесь к представителю организации вашего округа, защищающей права человека или напишите:
State Civil Rights Bureau
P.O. Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430
или позвоните collect (бесплатно):
(916) 654-2107 для лиц с нарушенным слухом
TDD: 1-(916) 654-2098

Для других жалоб, обратитесь сначала в ваш округ. Если вы и округ не можете согласиться, пишите или звоните:
Public Inquiry and Response (PIAR)
744 P Street, M.S. 6-23
Sacramento, CA 95814
Телефон: 1 - (800) 952 - 5253
для лиц с нарушенным слухом
TDD 1 - (800) 952-8349

СЛУШАНИЕ ДЕЛА АДМИНИСТРАЦИЕЙ ШТАТА

Вы должны попросить о слушании в течение 90 дней со дня действия округа и должны объяснить, почему вы просите о слушании.

Вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата, написав в ваш местный отдел социальных услуг или позвонив по одному из номеров телефонов, указанных выше для PIAR, если вы:

- не согласны с любым решением принятым округом, или
- попросили о слушании вашего дела в отношении денежной помощи, талонов на питание, Medi-Cal, или
- считаете, что вы не получаете правильные услуги программы 34-округа CMSP.

Для обжалования всех вопросов по праву получения 34-округа CMSP, вы можете обращаться, **только в письменном виде**, в ваш округ.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ, ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ, И/ИЛИ MEDI-CAL /34-ОКРУГА CMSP

До заполнения этой анкеты, прочтите первую страницу. Если вам нужно дополнительное место для ответов, пишите на обороте этой страницы.

1. ИМЯ ПРОСИТЕЛЯ (ИМЯ, ФАМИЛИЯ)		2. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (SSN)		COUNTY USE ONLY (для служебного пользования)	
3. ДЕВИЧЬЯ ИЛИ ДРУГАЯ ФАМИЛИЯ (ЕСЛИ ЕСТЬ)		2A. ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ-ДД-ГГ)		CASE NAME	
4. ДОМАШНИЙ АДРЕС: № УЛИЦА		5. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ)		CASE NUMBER	
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
6. № ТЕЛЕФОНА(ОВ): ДОМАШНИЙ ()		РАБОЧИЙ ()	ДЛЯ КОНТАКТА ()	DATE RECEIVED	
7. Является ли ваш домашний адрес постоянным? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> НЕТ ДОМА Если нет, объясните:					
8. Подает ли кто-либо заявление на: Денежную помощь <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Талоны на питание <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Medi-Cal <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ 34-округа CMSP <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Любые другие программы <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", объясните:					
9. Просил ли или получал ли кто-либо помощь или льготы, включая Medi-Cal/34-округа CMSP или <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ выплату или услуги вместо долговременной помощи от округа? Если ДА, Укажите:					
вид помощи	ДАТА(Ы) ПОЛУЧЕНИЯ	ИСПОЛЬЗОВАННОЕ ИМЯ	ГДЕ ПОЛУЧАЛИ (ОКРУГ/ШТАТ/СТРАНА)		
10. Закон гласит: Мы должны зарегистрировать вашу этническую группу, расу и язык. Это не повлияет на ваше право получения помощи. A. Этническая группа (Все также должны ответить B) 1. Являетесь ли вы латиноамериканцем? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ B. Раса/Этническая группа - <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Черный <input type="checkbox"/> Филиппинец <input type="checkbox"/> Уроженец Гуама <input type="checkbox"/> Индиец <input type="checkbox"/> Житель территории Аляски <input type="checkbox"/> Житель территории Америки <input type="checkbox"/> Лаосец <input type="checkbox"/> Камбоджиец <input type="checkbox"/> Японец <input type="checkbox"/> Кореец <input type="checkbox"/> Китаец <input type="checkbox"/> Самоанец <input type="checkbox"/> Вьетнамец <input type="checkbox"/> Гаваец <input type="checkbox"/> Другой житель Азиатских или тихоокеанских островов (Объясните): C. Язык <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Китайский <input type="checkbox"/> Лаосский <input type="checkbox"/> Тагалог <input type="checkbox"/> Американский язык для глухонемых <input type="checkbox"/> Испанский <input type="checkbox"/> Камбоджийский <input type="checkbox"/> Вьетнамский <input type="checkbox"/> Русский <input type="checkbox"/> Другой (Объясните):_____					
11. Является ли кто-либо рабочим-переселенцем или сезонным сельскохозяйственным работником? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ					
12. Кто-либо беременна? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", получила ли она карточку предполагаемого права на помощь? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ					
13. У кого-либо есть чрезвычайные обстоятельства? Если "ДА", Отметьте вид (✓): <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неотложная медицинская помощь <input type="checkbox"/> Беременность <input type="checkbox"/> Жестокое отношение к ребенку <input type="checkbox"/> Жестокое отношение в семье <input type="checkbox"/> Жестокое отношение к пожилым <input type="checkbox"/> Другие чрезвычайные обстоятельства угрожающие здоровью или безопасности. Объясните:					
ЕСЛИ ВАМ НУЖНО: НЕМЕДЛЕННЫЙ ПЛАТЕЖ ПРОГРАММЫ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ ЗАПОЛНИТЕ ПУНКТЫ 14 - 18. СРОЧНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ПРОГРАММЫ ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ ЗАПОЛНИТЕ ПУНКТЫ 14 - 17.					
14. Сколько ликвидных средств имеется у всех, включая детей?		17. Стоимость ваших коммунальных услуг, не включенных в стоимость вашей аренды за этот месяц? \$_____			
<input type="checkbox"/> Наличность, не предъявленные к оплате чеки или платежные поручения \$_____					
<input type="checkbox"/> Текущий/сберегательный счет или счет в кредитном союзе \$_____					
<input type="checkbox"/> Акт утверждения доверительной собственности, векселя к получению, акции или облигации \$_____					
<input type="checkbox"/> Другое (Объясните) \$_____					
15. Какой доход за этот месяц получили или рассчитывают получить все, включая детей? Дата Сумма Дата Сумма \$ _____ \$ _____		18. Вы получили требование на выселение или извещение уплатить или выселиться? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Ваши коммунальные услуги были отключены или вы получили извещение об их отключении? Ваши запасы еды закончатся в течение трех дней или раньше? Вы нуждаетесь в зимней одежде, или одноразовых пеленках? Вам нужна помощь с транспортом для получения пищи, одежды, или других предметов первой необходимости?			
\$ _____					
16. Какова сумма аренды или закладной на дом за этот месяц? \$_____					
<ul style="list-style-type: none"> Я подтверждаю, что получил копию первой страницы. Я понимаю правила права на льготы и согласен их выполнять, понимаю, что некоторые из них может потребуется выполнить до предоставления какой-либо помощи. Я понимаю, что заявления сделанные мной на этой форме могут быть проверены и проконтролированы. Я подтверждаю, что если я запросил талоны на питание, округ объяснил мне мои права в отношении ускоренного обслуживания. Сознавая ответственность по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния за дачу ложных показаний я заявляю, что информация, представленная мной в этой форме правильна, правдива и представлена полностью. 					
19. ПОДПИСЬ (ИЛИ ОТМЕТКА) ПРОСИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ			ДАТА ПОДПИСИ		
ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ (ЕСЛИ ОТМЕТКА ВМЕСТО ПОДПИСИ) ИЛИ ПЕРЕВОДЧИКА			ДАТА ПОДПИСИ		
TRANSITIONING CASE NUMBER					
COUNTY OF APPLICATION					
COUNTY OF RESIDENCE (IF DIFFERENT)					